FIFTEENTH ANNUAL REPORT OF THE CHIEF CORONER

PROVINCE OF NEW BRUNSWICK

FOR THE PERIOD

JANUARY 1 TO DECEMBER 31, 1986

45-3913 (3/87)

FIFTEENTH ANNUAL REPORT

OF THE CHIEF CORONER

PROVINCE OF NEW BRUNSWICK

For The Period January 1 to
December 31, 1986

CORONERS BRANCH

LAW ENFORCEMENT DIVISION

DEPARTMENT OF JUSTICE

OFFICE OF THE CHIEF CORONER / BUREAU DU CORONER EN CHEF
York County Court House / Palais du justice du comté de York
Fredericton, New Brunswick / Fredericton, Nouveau-Brunswick

JOHN H. EVANS
Chief Coroner / Coroner en chef

DEPARTMENT OF JUSTICE
MINISTÈRE DE LA JUSTICE

The Honourable David R. Clark, Q.C.
Minister of Justice
Fredericton
Province of New Brunswick

Dear Sir:

Pursuant to Section 43 of the Coroners Act, I have the honour to submit the Fifteenth Annual Report of the Chief Coroner for the period January 1, 1986, to December 31, 1986.

Yours very truly,

JOHN H. EVANS
Chief Coroner
Province of New Brunswick

TABLE OF CONTENTS

		PAGE
(A)	**HISTORICAL BACKGROUND**	1
	Origin of the Office of the Coroner	1
	Development of the Office in Medieval and Modern Times	3
	Canadian Situation	6
(B)	**THE NEW BRUNSWICK SYSTEM**	8
	Organizational Structure	8
	Notification Requirement	9
	Investigative Capacity of Coroners Branch	9
	Purpose of Coroner's Investigation	11
	The Inquest Decision	11
	Summary	12
(C)	**STATISTICAL SUMMARY OF INVESTIGATED DEATHS**	14
	Schedule "A" - Total Deaths Reported	15
	Schedule "B" - Accidental Deaths	15
	Schedule "C" - Suicides - County/Sex/Age	16
	Schedule "D" - Suicides - Method/Sex/Age	17
	Schedule "E" - Comparative 1976-1985	18
(D)	**SUMMARY OF INQUESTS AND RECOMMENDATIONS**	19

(A) HISTORICAL BACKGROUND

Origin of the Office of the Coroner

The office of the coroner is one of the oldest institutions known to English law (ranking in antiquity only behind the Monarch and the sheriff) and its true origin has been much debated. The first written references to the office occurred during the reign of King Alfred (871 - 910 A.D.). However, the historical development of the office can with greater certainty be traced back to a period close to the time of the Norman Conquest when the coroner, under the new regime, came to have an important role in the administration of justice. The changing functions of the office reflect the evolution of English legal and constitutional history over the course of a thousand years.

One of the early functions of the office was to enquire into sudden and unexpected deaths. Initially in this, as in other functions, the primary responsibility of the office was to protect the financial interest of the Crown. It was the duty of the coroner to establish the facts relating to the death - if the body was that of a Norman (as opposed to the native Anglo-Saxons) a levy was payable to the Crown. The coroner used a jury to enable him to ascertain this and to determine whether foul play was involved in the death; if so, the town or village was liable for an

... 2

additional fine if no felon could be found responsible for the death. On the other hand, should the felon be apprehended and convicted his entire goods and possessions were forfeited to the Crown upon seizure by the coroner. Also, failure of the first finder to notify the local authorities of dead bodies, and of those authorities, in turn, to notify the coroner, resulted in special fines levied by the Crown on the whole town for breach of duty. This particular function of the office of coroner (to determine the facts surrounding a death), as modified throughout the years, survives as the basis for all coroner systems which are presently existing in common law jurisdictions.

Other duties of the offices of the coroner were mainly administrative and are now only of academic interest; he kept the Crown's records in relation to the criminal courts; he collected and guarded the "chance" revenues falling to the Crown - in particular, deodands, wrecks, royal fish and treasure trove as well as the forfeited property of convicted felons mentioned above; he heard the swearing of adjurations of those persons who had fled to sanctuary; he also served as a check upon the fiscal activities of the sheriff and was required to act for the sheriff whenever the latter was incapacitated by interest or default.

The varied and changing historical duties of the office of coroner are reflected in the origin of the word "coroner" which is said to have come from the Anglo-French word for Crown -

... 3

"corouner". However, the precise designation of the officer appears to have varied from time to time. In the reign of Richard the First he was called "coronarius", in that of John, "coronator", because he originally had custody of the rolls of the pleas of the Crown. According to Sir Thomas Smith in 1583 the name of the office came from the word "crowner" or "coronator" because "the death of every subject by violence is accounted to touch the Crowne, and to be a detriment to it..." - in other words, the coroner, however spelled and pronounced, was in effect the local representative of the Crown. It is of interest to note that while the word "coroner" (as it is presently spelled) first appeared in the fourteenth century, the name "crowner" is used to this day in the north of Ireland and vulgarly in some parts of England.

Development of the Office in Medieval and Modern Times

The history and development of the office of coroner can best be illustrated by references to English legislation.

Article 20 of the Article of Eyre (1194) provided for the election in every county of England of three knights and one clerk as "keepers of the pleas of the Crown". The coroner had to be a resident of the county or the borough for which he was elected locally. His other qualifications was his wealth, which was probably seen as a form of insurance against the possibility of

... 4

misbehaviour, in the event of which his lands or possessions could be confiscated by the King. As the office was unpaid until 1487 prestige of the office and public service appear to be the motivating factor for seeking the office in the early days. The coroner took his oath of office before the sheriff, had county jurisdiction and tenure for life during good behaviour. He could however, lose his post if appointed to the office of sheriff.

In 1276 during the reign of Edward I the statute known as De Officio Coronatonis was proclaimed. In it the duties of the coroner were set forth as they applied to the inquisitorial procedure: that upon being summoned by the bailiff or any honest man, the coroner should go to where there was dead ... once there he would command the men from four neighbouring towns to appear before him as the jury to give evidence under oath. This statute expressed, for the first time, the basic questions requiring satisfaction where an unnatural death is under investigation. In the ensuring seven hundred years, no improvement has been made upon them and they remain: "who was the deceased? How, when, where and by what means did he die?"

In 1361 with the statutory creation of justices of the peace, the long decline of the role of the coroner in criminal proceedings began. Other means were found to secure the Crown revenue and the financial duties of the office of the Crown official

... 5

were also eroded. Later by statute in 1487 a fee was established to be paid by the coroner for each inquest in sudden and unnatural deaths. Because the coroner was less than popular with the justices (who had replaced him in criminal matters) the justices usually paid coroners the statutory minimum with the result that only unskilled lawmen tended to accept the position. Complaints were common that coroners would hold unnecessary inquests merely to support their meager income. Surprisingly, the office of coroner not only survived under such adverse circumstances but re-emerged during the industrial revolution to a new position of importance. This re-emergence was due in large part to the increasing incidence of sudden and unnatural death. As well, while the justices of the peace had taken over the cases of overt homicides, cases of suicides and covert homicides continued to be dealt with by the coroner's inquisition.

With the addition in England in 1836 of a statutory provision that allowed for the coroner to make payment for expert medical testimony, the capacity to detect covert homicide increased through the coroner's ability to order post-mortem examination of the deceased. As a medico-legal investigator, the coroner won back some of his lost status in criminal proceedings and by virtue of close access to medical expertise, the foundation for the present system was laid in England. The gain in status was supported in 1860 when a law was enacted abolishing the fee system and

... 6

establishing salaries for county coroners. A further development occurred in 1887 with the passage of legislation requiring inquests to be conducted whenever the coroner had reasonable cause to suspect that violence or unnatural factors had resulted in a death or where the cause of death was unknown. Moreover in 1888, election of coroners in England was discontinued and a system of coroner appointments was instituted.

Subsequent changes in the English system came as follows: in 1926 part of the criminal jurisdiction of the office was removed by the provision that the coroner adjourn his inquest in cases of murder, manslaughter or infanticide should charges be laid. Also mandatory requirements for inquests in all cases of which the cause of death was unknown were abandoned. In 1977 the jurisdiction of the coroner was further limited as the power to find a verdict of murder, manslaughter or infanticide was removed which negated the common law right of a coroner to commit for trial.

Canadian Situation

The institution of the common law coroner was early transplanted from England to North America with the result that every province and state has some type of modified coroners system.

The office of coroner was received in Canada as part of the common law system before conceptual changes which transformed

... 7

the coroner system in England had taken place. After Confederation provincial coroners were conducting proceedings similar to preliminary hearings in respect to homicide. Notwithstanding that the indictment function of the coroner's inquest was abolished in 1892 by the first Criminal Code, a procedure still exists whereby certain verdicts of a coroner's jury result in the individual named appearing in custody or by means of a recognizance before a magistrate or justice, although in recent years this procedure has been used infrequently.

Each province and territory in Canada presently operates its own sudden death inquiry system. Most provinces have restricted the jurisdiction of the coroner in respect to the finding of criminal or civil liability. Three provinces (Alberta, Nova Scotia and Manitoba) have now established medical examiner systems. Newfoundland has no coroners or medical examiner system as such. In that province all sudden deaths inquiries are held by a judge pursuant to Summary Convictions Act provisions. The remaining provinces and the territories have coroner systems which have all developed and grown, some more, some less, out of the institution of the common law coroner.

The present system in New Brunswick is very close to the concept of the coroner at common law and has no restrictions on the determination of criminal or civil liability, although in practice this feature is rarely utilized.

... 8

(B) THE NEW BRUNSWICK SYSTEM

Organizational Structure

In New Brunswick the Coroners Branch, for organizational and administrative purposes, falls within the Law Enforcement Division of the Department of Justice. General supervision of the system is the responsibility of the Chief Coroner located in Fredericton who is assisted by three District Coroners directly responsible for all coroner activities within designated geographical areas and located in Campbellton, Moncton and Saint John. In addition, all sheriffs and deputy sheriffs are ex-officio coroners although not all are utilized as coroners within the system. At present, 36 full-time employees of the Sheriffs Branch function as coroners. A number of lay coroners are also appointed who act on a nominal fee for service basis and are a necessary retention of the old Coroner's System which before 1971 was serviced completely by lay coroners. Of the 17 lay coroners, 6 are medical practitioners, which before the availability of highly qualified and competent pathologists within the Province, was of great advantage to the system. The lay coroners continue to provide an excellent service in the communities in which they serve.

... 9

Notification Requirement

In New Brunswick the only death exempt from notification to a coroner is one where the person dies of disease or sickness while under treatment of a duly qualified medical practitioner (as long as the death: i) did not occur during or as a result of pregnancy; ii) was not sudden and unexpected; and iii) was not under circumstances which may require an investigation). The Coroners Branch is responsible for the investigation of all reported deaths in order to determine for each case the identity of the deceased and the facts as to how, when, where and by what means the deceased came to his death. The system, therefore, is a vital part of law enforcement in initially determining whether such reported deaths are due to natural causes, accident, suicide or homicide.

Investigative Capacity of Coroners Branch

For investigational purposes the Coroners Branch has available on request the services of the Royal Canadian Mounted Police (including the facilities of the Forensic Laboratory in Sackville), municipal police, and the N.B. Highway patrol acting within their respective jurisdictions. Also as a number of reported deaths involve elements of criminality the investigation

... 10

sometimes is a combination of coroners and police responsibility and requires a close liaison between the two agencies. Also available to the Coroners Branch are the services of pathologists located at Regional Laboratories situated at Fredericton, Saint John, Moncton, Campbellton, Bathurst, Edmundston and Woodstock and also the services of the Provincial Toxicologist located at Saint John.

In addition two pathologists located in the Regional Laboratory in Saint John agreed to provide a centralized forensic pathology service for the Coroners Branch commencing January 1, 1982. The identification of a death as a "Type II" case which needs the special consideration of a forensic pathologist now results in the utilization of the forensic service mentioned above. A "Type II" case requires that the body be transported to the Saint John Laboratory for the autopsy. The forensic pathologist acting is also available to the coroner's service and the police agency to visit the death scene, if necessary. Both pathologists acting in that capacity have for many years demonstrated their high degree of interest in forensic pathology and their expertise in acting as expert witnesses both at inquests and criminal trials.

... 11

Purpose of Coroners Investigation

The purpose of the coroners investigation has changed over the years. For many years the major emphasis was directed towards the investigation of the actual medical cause of death to the exclusion of practically all other easpects. Now the medical cause of death is only one of many factors to be considered. The non-medical factors causing death are equally important and in many cases call for remedial measures to correct conditions hazardous to public safety. Therefore, it is sometimes necessary for the coroner to order an inquest into the death although the cause of death is known.

The Inquest Decision

One of the more difficult decisions a coroner has to make is whether or not to hold an inquest. In early times, the inquest was part of the function of the coroner in every case he investigated. Gradually, the common law developed to the point where the decision was in the sole discretion of the coroner.

Local coroners, the Chief Coroner or the Minister of Justice in some circumstances, may order an inquest into a death. The holding of an inquest has the effect of drawing public attention to the many contributing causes of accidental and violent

... 12

deaths. It is also an important vehicle in causing attention to be focused on situations where remedial action may be taken to prevent similar occurrences in the future. To this end coroners have been encouraged to carefully consider all circumstances surrounding accidental and violent deaths, with the view to holding an inquest if any useful purpose will be served by doing so. It is expected that the Coroners Jury make recommendations directed toward the avoidance of death in similar circumstances where appropriate.

The Chief Coroner is responsible for bringing the findings and recommendations of Coroner's Juries at inquests to the attention of appropriate persons, agencies and departments of governments. Although the Chief Coroner has no authority to force any person or organization to implement recommendations, a number are in fact implemented in some way. No doubt this is due to the fact that the organizations affected would find itself in a most embarrassing position if a second death occurred under similar circumstances, without having remedied the situations which caused the first fatality.

Summary

The Coroners Branch investigates from 35 to 40 percent of the total of approximately 5,000 yearly deaths in the Province.

... 13

A high percentage of the investigated deaths are determined to be from natural causes. Autopsies are ordered by the coroner in less than 40 percent and inquests are ordered in about one percent of all investigated deaths. More than 90 percent of investigated deaths are now conducted by ex-officio coroners who are full-time employees of the Sheriffs Branch.

Appreciation is expressed to all law enforcement agencies and all other related agencies involved who have through the year cooperated and assisted in the investigations which have been processed through the Coroners Branch. Also gratitude is expressed to all coroners who have shown, once again, a high level of dedication and professionalism, frequently under adverse conditions.

... 14

(C) STATISTICAL SUMMARY OF INVESTIGATED DEATHS

Beginning January 1, 1986, deaths reported to and investigated by the Coroners Branch have been classified in five district categories: accidental, suicide, homicide, natural and undetermined.

The **accidental** category covers all accidental deaths including all deaths involving motor vehicles where there is no obvious intention to cause death to another person. For example, if a person is intoxicated and drives with criminal negligence causing death the coroner's classification will be accidental.

The **suicide** category covers all cases of obvious suicide.

The **homicide** category covers all cases of homicide except where a motor vehicle is involved and there is no obvious intention to cause death to another person.

The **natural** category covers all deaths by disease or natural causes.

The **undetermined** category covers any death where it is impossible to determine whether the death was accidental, suicide, homicide or natural. Coroners are instructed to make all possible efforts to classify deaths in one of the other categories before considering this category. An example of a difficult case which might fall in this category is that of drug overdose where it is impossible to determine whether death was accidental, suicide or homicide.

... 15

As indicated in Schedule "A" hereunder, the total number of deaths reported to and investigated by the Coroners Branch in 1986 was 1,817, of which 1,449 were found to have occurred as a result of natural causes.

SCHEDULE "A" 1986

Classification	Number of Deaths	Autopsy Performed
Accidental	247	168
Suicide	103	55
Homicide	14	14
Natural	1,449	372
Undetermined	4	4
TOTAL	1,817	613

In Schedule "B" hereunder the 247 deaths classified as accidental are further classified to indicate the manner of death.

ACCIDENTAL DEATHS - SCHEDULE "B" - 1986

Manner	Number	Autopsy Performed
Motor Vehicle	95	58
Motor Cycle	10	5
Recreational Wheeled Vehicle	5	2
Snomobile	2	0
Bicycle	3	0
Pedestrian	24	16
Agricultural	2	1
Industrial	12	12
Fire	25	20
Weapon	2	1
Drug	10	8
Hanging	2	2
Drowning	24	19
Crib Death	5	4
Other	26	20
TOTAL	247	168

In Schedule "C" hereunder the 103 deaths by suicide are further classified to indicate sex, age and county of death.

SUICIDES

SCHEDULE "C" 1986

COUNTY	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70		Total Male	Total Female	Total For County	Percentage of Suicides
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F				
ALBERT					1										1		1	.97
CARLETON											1	1	1		2	1	3	2.9
CHARLOTTE			1												1		1	.97
GLOUCESTER	1		3		1	1	5	2	2	1	1				13	4	17	16.5
KENT							1								1		1	.97
KINGS			2				2								4		4	3.9
MADAWASKA	1		1			2									2	2	4	3.9
NORTHUMBERLAND			1		5			1	2		1		1		10	1	11	10.7
QUEENS		1	2												2	1	3	2.9
RESTIGOUCHE	1		4		1		2				1				9		9	8.7
SAINT JOHN			3		5	1	1			1					9	2	11	10.7
SUNBURY	1			2			2								3	2	5	4.9
VICTORIA			1			1	1		2	1					4	2	6	5.8
WESTMORLAND	1		6		3	2	1		1				1		13	2	15	14.6
YORK	3		3	1			1		3	1					10	2	12	11.7

In Schedule "D" hereunder the methods of suicide are further classified by sex and age.

S U I C I D E

S C H E D U L E "D" 1986

METHOD	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70		Total Male	Total Female	Total Method	Percentage of Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F				
Weapon	6	1	18		11	1	10	2	7		4		3		59	4	63	61.2
Hanging	1		5		1	1	1		1						9	1	10	9.7
Drug Overdose	1			3	2	3			1	1					4	7	11	10.7
Carbon Monoxide Poisoning					3		2			1					5	1	6	5.8
Drowning			1			2	2			1	1	1			4	4	8	7.8
Other			2		1			1		1					3	2	5	4.9
Total	8	1	26	3	18	7	15	3	9	4	5	1	3		84	19	103	
Male	8		26		18		15		9		5		3		84			
Female	1		3		7		3		4		1					19		
Age Groups	9		29		25		18		13		6		3					
Percentage of Total	8.7		28.1		24.3		17.5		12.6		5.8		2.9		81.6	18.5		

In Schedule "E" hereunder comparative figures for a ten year period from 1976 - 1985 on all accidental and violent deaths are included.

SCHEDULE "E"

1976 - 1985

	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	AVERAGE
MOTOR VEHICLE	181	166	173	210	180	146	176	108	137	84	156
BICYCLIST	7	4	4	5	7	6	2	3	8	2	5
PEDESTRIAN	49	41	55	44	43	40	26	17	27	28	37
DROWNING	66	40	30	42	43	37	33	20	26	30	37
AIRPLANE	2	5	1	5	6	-	1	2	2	-	3
FARM ACCIDENT	4	3	5	5	4	4	8	1	3	2	4
FIREARM ACCIDENT	-	-	1	4	6	5	1	3	7	4	4
HOMICIDE	17	13	27	10	10	15	13	10	16	15	15
INDUSTRIAL	13	8	13	14	11	7	10	7	15	12	11
SUICIDE	61	70	107	90	83	67	91	105	86	83	84
FIRE	31	41	45	27	31	17	16	15	25	27	28
SUDDEN INFANT DEATH	20	19	21	19	21	17	9	20	20	13	18
SNOMOBILE	7	3	11	4	5	2	2	3	2	2	4
OTHER	55	41	65	62	79	57	56	33	49	18	52
TOTAL	513	461	558	541	530	419	444	347	423	320	458

... 19

(D) SUMMARY OF INQUESTS AND RECOMMENDATIONS

INQUEST NO. 1

On February 20 an inquest was held in Sussex into the death of an 11 year old girl who died in October of 1985 while sniffing "Liquid Paper", a correction fluid, at Big Cove.

The jury found that the death resulted from "cardiac arrest". The manner of death was described as follows: "inhaling Liquid Paper from a potato chip bag".

The recommendation of the jury, which was forwarded to the Chairman of the Alcoholism and Drug Dependency Commission, the Big Cove Alcohol and Drug Abuse Program and the Regional Consultant of the National Native Alcohol and Drug Program was as follows:

1) "that pamphlets be distributed to parents and schools (not just Big Cove, but to all schools) in the area and all New Brunswick, to educate children and make them aware of the dangers, and films should be shown in schools and community groups".

... 20

The Chairman of the Alcoholism and Drug Dependency Commission replied that pamphlets and films are being provided to children in all New Brunswick schools by means of regular informational sessions, and they will continue to be provided.

The Regional Consultant of the National Native Alcohol and Drug Program replied that the seven workers in the Big Cove program, which is geared towards prevention, education and counselling, one to one, family counselling and community workshops, are also instrumental in establishing self-help groups in all communities. The program intends to have a school curriculum implemented in the school system in 1987/88.

INQUEST NO. 2

On March 4 an inquest was held in Saint John into the death of a 53 year old man who died in November of 1985 while working at an excavation and being crushed between two vehicles after a third vehicle crashed through a barricade surrounding the work site.

... 21

The jury found that the death resulted from "multiple injuries". The manner of death was described as follows: "he was crushed between two trucks by an accident vehicle".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the City Manager, City of Saint John, were as follows:

1) "that there be higher and larger amber lights at barricades, and

2) the possibility of redesigning barricades to consist of vertical cross barricades every 8 feet and be lighted."

The Assistant City Manager, City of Saint John, replied that the work site was "properly and more than adequately lighted, signed and barricaded" and that the implementation of recommendations 1 and 2 would not have prevented this death.

... 22

INQUEST NO. 3

On June 25 an inquest was held in Sussex into the death of a 36 year old man who died in March of 1986 while assisting in repairing an electrical cable underground at the Potash Mine in Penobsquis.

The jury found that the death resulted from "accidental electrocution". The manner of death was described as follows: "due to lack of communication between himself, his partner, and his fellow workers the man was accidently electrocuted".

The jury made no recommendations.

INQUEST NO. 4

On July 4 an inquest was held in Woodstock into the death of a 54 year old man who died in May of 1986 after being shot by an officer of the Royal Canadian Mounted Police while assaulting his wife at Stickney.

... 23

The jury found that the death resulted from "gun shot wounds to the chest and forehead". The manner of death was described as follows: "the deceased was assaulting his wife in a locked car with a knife and after being cautioned by an R.C.M.P. officer to release the knife, he, Daniel Giberson, continued to assault his wife. The officer was compelled to take action resulting in the death of Mr. Giberson".

The recommendation of the jury, which was forwarded to the Chairman of the New Brunswick Police Commission and the Deputy Minister of Justice was as follows:

1) "We recommend that stronger legislation be given to our law enforcement agencies to give them more authority dealing with people of this nature. Hopefully, resulting in more public protection".

INQUEST NO. 5

On August 13 an inquest was held in Saint John into the death of a 65 year old man who died in March of 1986 at the Saint John Regional Hospital after being released and readmitted to the Cardiac Care Unit of the hospital in the week prior to his death.

... 24

The jury found that the death resulted from "terminal pulmonary embolus in a patient with myocardial infarct, an adult respiratory stress syndrome". The manner of death was described as by "natural causes".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Saint John Regional Hospital and the Minister of Health and Community Services were as follows:

1) "that a cardiac respiratory investigation team of physicians and specialists be set up in Saint John by the Department of Health as soon as possible;

2) that there be better communication between the physician and the family spokesperson in the form of ongoing conferences for the duration of the patient's hospitalization at the physician's convenience;

3) that a duplicate copy of authorization to an autopsy be sent with the body to the morgue; and

4) that there be verification of the proper completion of the death notices prior to accepting the body into the morgue".

... 25

The Minister of Health and Community Services replied that the recommendations "will be given careful consideration within the Department and reviewed with representatives of the hospital concerned as to what action should be taken". The Department also noted implications for the hospital system, in general, would be considered.

The Executive Director of the Saint John Regional Hospital replied that communication between the physician and the family spokesperson is recognized as the most frequent source of patient/physician misunderstandings. The hospital continues to promote better communication between the two while realizing that pressures of practice and the difficulties of scheduling meetings with the family spokesperson keep the degree of contact less than optimal. Copies of the jury's recommendations have been circulated to all physicians and house staff of the hospital.

In reply to recommendations 3 and 4, a review of hospital procedure indicated that the problems arising from this case were as a result of nonconformance with existing procedure by inexperienced staff members. Additional inservice training and form revision have been implemented to lessen the probability of these problems recurring.

... 26

INQUEST NO. 6

On September 10 an inquest was held in Moncton into the death of a 26 year old man who died in June of 1986 while changing floodlights at Kelly Ball Park, Moncton.

The jury found that the death resulted from "electrocution". The manner of death was described as follows: "while changing floodlights 70 feet high he came in contact with live power (electricity)".

The recommendation of the jury, which was forwarded to the Director, Health and Safety Services, New Brunswick Occupational Heath and Safety Commission, was as follows:

1) "We recommend that troubleshooting should be done with the power off. (Locked off)."

INQUEST NO. 7

On September 11 an inquest was held in Richibucto into the death of a 45 year old man who died in July of 1986 at the Royal Canadian Mounted Police detachment, Richibucto.

... 27

The jury found that the death resulted from "asphyxiation, due to hanging". The manner of death was described as follows: "by hanging with a torn blanket".

The recommendation of the jury, which was forwarded to the Chairman of the New Brunswick Police Commission and to the Deputy Minister of Justice, was as follows:

1) "that video cameras be installed in the cell area, as suggested by Corporal Luc Gauthier, R.C.M.P."

INQUEST NO. 8

On September 30 an inquest was held in Sussex into the death of a 48 year old man who died in July of 1986 in a special care home fire at Apohaqui.

The jury found that the death resulted from "smoke inhalation and carbon monoxide poisoning". The manner of death was described as follows: "due to a house fire caused by lightning".

... 28

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Minister of Health and Community Services, were as follows:

1) "we, the jurors, feel that personal records of residents in special care homes should be kept in a fire proof safe;

2) that family service should bring records of residence before 1981 up to date; and that

3) doors leading to fire escape doors should not be locked so that there is no fire access".

The Department of Health and Community Services replied that although a fire proof safe in each special care home is one option to solve the problem that arose from this case, the Department is actively pursuing a more viable option. The names of all residents of special care homes, as well as the names and addresses of their next of kin, will be registered in a computerized information system which will make this information available to the proper authorities on an around-the-clock basis.

... 29

In reply to recommendations 2 and 3, the Department stated that the program standards for operators of special care homes already require that personal records of residents be updated regularly, and that "fire exits ... shall be clear, uncluttered and readily accessible".

INQUEST NO. 9

On October 6 an inquest was held in Moncton into the death of a 31 year old man who died in August of 1986 as the result of a Moncton city police vehicle/pedestrian accident.

The jury found that the death resulted from "being hit by a motor vehicle". The manner of death was described as follows: "by running carelessly into the path of a moving motor vehicle."

The jury made no recommendations.

INQUEST NO. 10

On October 22 an inquest was held in Newcastle into the death of a 17 year old man who died in August of 1986 after being struck by a car while lying on the road at Strathadam.

... 30

The jury found that the death resulted from "accidental death". The manner of death was described as follows: "from being struck by a car".

The jury made no recommendations.

INQUEST NO. 11

On November 5 an inquest was held in Saint John into the death of a 43 year old man who died in September of 1986 while a patient of Centracare Inc., Saint John.

The jury found that the death resulted from "asphyxia with aspiration by hanging." The manner of death was described as follows: "by hanging with a bed sheet from a ventilation bar or screen ".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Executive Director, Centracare Inc., were as follows:

1) "that the ventilation system be examined to determine if a better facing or grill could be installed;

... 31

2) that the police department be notified immediately in the event of an attempted suicide, or suicide, and that all evidence be retained for police rexamination; and that

3) a person be designated to ensure that rooms are locked at desired times".

INQUEST NO. 12

On December 3 an inquest was held in Hampton into the death of a 30 year old man who died in September of 1986 while working on a power line at Shampers Bluff, Kings County.

The jury found that the death resulted from "electrical trauma". The manner of death was described as follows: "by accidental electrocution due to negligence".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the President of Top Line Utility Ltd., the Chairman of the New Brunswick Electric Power Commission, and the Director, Health and Safety Services, New Brunswick Occupational Health and Safety Commission, were as follows:

... 32

1) "that primary negligence was on the part of the deceased for proceeding up to the live area of the pole before temporary grounding had been completed; and that secondary negligence was on the part of his supervisor for stating that the line was dead without having performed any check on the line;

2) that safety procedures be implemented requiring two persons to verify that a power line has been de-energized;

3) that the New Brunswick Electric Power Commission enforce the use of potential indicators in determining whether power lines are de-energized; and

4) that the Occupational Health and Safety Act, Section 30(10) be clarified as to who is exactly "the employee in charge of the work"."

QUINZIÈME RAPPORT ANNUEL
DU
CORONER EN CHEF

PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

POUR LA PÉRIODE DU

1ER JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 1986

45-3913 (3/87)

QUINZIÈME RAPPORT ANNUEL

DU

CORONER EN CHEF

DE LA

PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

pour la période du 1er janvier au 31 décembre 1986

DIVISION DES CORONERS

DIRECTION DU MAINTIEN DE L'ORDRE

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

OFFICE OF THE CHIEF CORONER / BUREAU DU CORONER EN CHEF
York County Court House / Palais du justice du comté de York
Fredericton, New Brunswick / Fredericton, Nouveau-Brunswick

JOHN H. EVANS
Chief Coroner / Coroner en chef

DEPARTMENT OF JUSTICE
MINISTÈRE DE LA JUSTICE

L'honorable David R. Clark, c.r.
Ministre de la Justice
Fredericton (Nouveau-Brunswick)

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le quinzième rapport annuel du coroner en chef pour la période du 1er janvier au 31 décembre 1986, en application de l'article 43 de la Loi sur les coroners.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma trés haute considération.

JOHN H. EVANS
Coroner en chef
Province du Nouveau-Brunswick

TABLE DES MATIÈRES

		PAGE
A.	SURVOL HISTORIQUE	1
	Origine de la fonction de coroner	1
	Évolution de la fonction de coroner du Moyen-Âge à nos jours	3
	L'expérience canadienne	6
B.	LE SYSTÈME DE CORONERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK	8
	Organisation	8
	Déclaration	9
	Pouvoirs d'investigation de la Division des coroners	9
	But de l'investigation	11
	La décision de mener une enquête	11
	Résumé	12
C.	RÉSUMÉ STATISTIQUE DES INVESTIGATIONS MENÉES À LA SUITE DE DÉCÈS	14
	Tableau "A" - Nombre total de décès signalés	15
	Tableau "B" - Morts accidentelles	15
	Tableau "C" - Suicides - selon le sexe, l'âge et le comté	16
	Tableau "D" - Suicides - selon le moyen, l'âge et le sexe	17
	Tableau "E" - Données comparatives (1976-1985)	18
D.	RÉSUMÉ DES ENQUÊTES ET RECOMMANDATIONS	19

A. SURVOL HISTORIQUE

Origine de la fonction de coroner

La fonction de coroner est la plus vieille institution du droit anglais, après celles de monarque et de shérif, et sa véritable origine est loin de faire l'unanimité. Mentionnée par écrit pour la première fois pendant le règne du roi Alfred (871-910), elle remonte probablement aux alentours de la conquête normande, époque où le coroner, sous le nouveau régime, vient à jouer un rôle important dans l'administration de la justice. Son évolution suit l'histoire juridique et constitutionnelle anglaise et les transformations qu'elle a subies depuis mille ans.

L'une des premières tâches du coroner consistait à enquêter sur les morts soudaines et inattendues. Au départ, et la même chose valait pour ses autres fonctions, il s'agissait essentiellement de protéger les intérêts financiers de la Couronne. À cet égard, le coroner devait établir la cause du décès; si le cadavre était celui d'un Normand, par opposition à un Anglo-Saxon, il fallait payer un impôt à la Couronne. Un jury aidait le coroner à établir ce fait et à déterminer s'il s'agissait d'un meurtre; dans l'affirmative, la ville ou le village était passible d'une amende supplémentaire si l'on ne pouvait repérer l'assassin. En revanche, si ce dernier était arrêté et condamné, tous ses biens et possessions revenaient de droit à la Couronne sur confiscation par le coroner. En outre, si la première personne à découvrir un cadavre omettait d'en

... 2

aviser les autorités locales et que celles-ci n'avisaient pas à leur tour le coroner, la Couronne imposait alors une amende spéciale à la ville entière pour manquement à ses devoirs. Cette fonction particulière (établir la cause d'un décès), modifiée au fil des ans, est à la base de tous les systèmes de coroners en vigueur actuellement dans les juridictions de common law.

Les autres tâches du coroner étaient surtout administratives et ne revêtent plus aujourd'hui qu'un intérêt historique : il tenait les dossiers judiciaires de la Couronne; il percevait et conservait les recettes fortuites de la Couronne, notamment les objets personnels ayant été cause accidentelle de mort d'homme, les épaves de mer, les baleines, esturgeons et marsouins qui, échoués ou capturés près de la côte, appartenaient au souverain, les trésors découverts par le pur effet du hasard puis, finalement, les biens confisqués mentionnés ci-dessus; il entendait le serment de ceux et celles qui demandaient asile; il exerçait également un contrôle sur les fonctions de percepteur du shérif et devait remplacer ce dernier s'il était frappé d'incapacité pour cause de défaut ou d'opposition d'intérêts.

La diversité des fonctions de cet officier et leur évolution au cours de l'histoire se reflètent dans l'origine même du mot "coroner", qui serait dérivé du vocable anglo-français pour "couronne", "corouner". Néanmoins, son

... 3

appellation précise semble avoir varié de temps à autre. Pendant le règne de Richard 1er, il s'appelait "coronarius"; sous le roi Jean, par contre, il cédait la place à "coronator", car au début il avait la garde du rôle des actions en justice intentées par la Couronne. Selon sir Thomas Smith (1583), l'appellation provient du mot "crowner" ou "coronator", puisque le décès de n'importe quel sujet par acte de violence touchait la Couronne et lui était préjudiciable. Autrement dit, le coroner, indépendamment de l'orthographe et de la prononciation du terme, était en réalité le représentant local du souverain. Une remarque est digne d'intérêt ici : alors que le mot "coroner" (dans sa graphie actuelle) fit son apparition au XIV^{e} siècle, le nom de "crowner" est en usage encore aujourd'hui dans le nord de l'Irlande et est utilisé vulgairement dans certaines régions d'Angleterre.

Évolution de la fonction de coroner du Moyen-Âge à nos jours

La meilleure façon de retracer l'histoire et l'évolution de la fonction de coroner est de se reporter à la législation anglaise.

L'article 20 du code de justice de Eyre (1194) prévoit l'élection dans chaque comté de trois chevaliers et d'un clerc en tant que "gardiens du rôle des actions en justice intentées par la Couronne". À ce propos, le coroner doit habiter le comté

... 4

ou la municipalité qu'il représente. L'autre condition de candidature, c'est sa richesse, que l'on considère sans doute comme une certaine garantie contre l'inconduite, infraction pour laquelle il risque de se faire confisquer ses terres et possessions par le roi. Comme cette fonction n'est pas rémunérée avant 1487, ses principaux attraits à l'origine sont probablement le prestige et le service public. Le coroner prête serment devant le shérif, a juridiction sur l'ensemble du comté et est nommé à vie durant bonne conduite. Il peut toutefois perdre son poste s'il accède à celui de shérif.

En 1276, pendant le règne d'Édouard 1er, est promulguée la loi intitulée De Officio Coronatonis. Cette loi énonce les fonctions d'enquêteur du coroner. Ainsi, sur sommation du huissier ou de tout autre honnête homme, le coroner doit se rendre sur les lieux d'un décès, pour ensuite convoquer les hommes de quatre villes avoisinantes qui vont former le jury. Cette loi pose pour la première fois les questions fondamentales auxquelles il faut répondre lorsque l'on enquête sur une mort non naturelle. Elles demeurent inchangées après sept siècles : Qui était la personne décédée? Comment, quand, où et par quel moyen est-elle morte?

L'avènement, en 1361, des juges de paix amorce la longue déchéance du rôle du coroner en matière criminelle. On a trouvé d'autres moyens de percevoir les recettes de la Couronne et l'officier perd également ses fonctions de contrôleur des

... 5

finances. En 1487, une loi prévoit le versement d'honoraires au coroner pour chaque enquête qu'il mène sur un décès soudain et non naturel. Comme le coroner est loin d'être populaire auprès des juges (qui l'avaient remplacé dans les causes criminelles), ceux-ci lui versent normalement le minimum prescrit. En conséquence, seuls les hommes de loi peu expérimentés ont tendance à accepter le poste. On se plaint souvent que le coroner procède à des enquêtes inutiles dans le seul souci d'arrondir ses maigres revenus. Chose étonnante, la fonction de coroner survit malgré cette adversité et regagne même une certaine importance pendant la révolution industrielle. Ce regain d'intérêt pour la profession est attribuable dans une large mesure au nombre de plus en plus grand de décès soudains et non naturels. Par ailleurs, le coroner continue à s'occuper des suicides et des cas d'homicide douteux, quoique les juges de paix aient pris en main les cas d'homicide manifeste.

En 1836, la loi anglaise est modifiée et le coroner peut dès lors rémunérer les médecins-experts à qui il demande avis. Ainsi, le coroner est davantage en mesure de se prononcer sur les cas d'homicide douteux, car il peut faire faire une autopsie. En sa qualité d'enquêteur médico-légal, il regagne une partie du prestige qu'il avait perdu en matière criminelle. Par ailleurs, son étroite association avec les experts jette les bases du système actuel en Angleterre. En 1860, une autre loi

... 6

vient renforcer cette nouvelle image de marque; en effet, le système d'honoraires cède la place à un système de salaires pour le coroner de comté. Puis, en 1887, une nouvelle loi exige la tenue d'une enquête chaque fois que le coroner a des raisons de croire qu'un décès est attribuable à un acte de violence ou à une cause non naturelle, ou encore que la cause du décès est inconnue. L'année 1888 marque un autre pas en avant : l'Angleterre remplace l'élection des coroners par un système de nominations.

D'autres changements viennent modifier le système. En 1926, le coroner perd une partie de ses pouvoirs judiciaires; en effet, il est tenu de mettre fin à son enquête sur les cas de meurtre, d'homicide involontaire ou d'infanticide dès mise en accusation. La même année, il n'est plus obligatoire de procéder à une enquête sur tout cas de décès dont la cause est inconnue. En 1977, les pouvoirs du coroner sont encore restreints et il n'a plus le droit de rendre un verdict de meurtre, d'homicide involontaire ou d'infanticide, fait qui lui enlève le droit de mise en accusation que lui donnait la common law.

L'expérience canadienne

Le coroner de common law fait son apparition outre-Atlantique très tôt, de sorte que chaque province et État s'est inspiré du modèle anglais.

Au Canada, la fonction est instituée avant que le système de common law, de qui elle participe, ne subisse les

... 7

transformations qui modifient le rôle du coroner en Angleterre. Après la Confédération, l'enquête du coroner provincial sur les cas d'homicide est plus ou moins une enquête préliminaire. En 1892, le premier Code criminel ôte au coroner son pouvoir de mise en accusation. Dans le cas de certains verdicts, toutefois, la personne désignée nommément peut être mise sous garde et conduite devant un juge ou se voir astreinte à contracter un engagement de comparaître, mais on s'est rarement prévalu de cette disposition ces dernières années.

Chaque province et territoire du Canada a son propre système d'enquête sur les morts soudaines. Ceci dit, la plupart des provinces ont limité les pouvoirs du coroner à l'établissement de la responsabilité civile ou criminelle. Trois d'entre elles, à savoir l'Alberta, la Nouvelle-Écosse et le Manitoba, ont maintenant un système d'expertise médicale. Terre-Neuve, de son côté, n'a pas de système de ce genre, ni même de coroners. Dans cette province, c'est un juge qui enquête sur les morts soudaines aux termes de la Loi sur les poursuites sommaires. Les autres provinces et les deux territoires ont pour leur part un système de coroners qui s'inspire, à des degrés divers, du modèle de la common law.

Le système en vigueur au Nouveau-Brunswick s'apparente étroitement à celui de la common law; le coroner peut se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle, mais il exerce rarement ce pouvoir dans les faits.

... 8

B. LE SYSTÈME DE CORONERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Organisation

Au Nouveau-Brunswick, la Division des coroners, aux fins d'organisation et d'administration, relève de la Direction du maintien de l'ordre du ministère de la Justice. Le coroner en chef est chargé de la surveillance générale du système. Son bureau est situé à Fredericton et il est assisté de trois coroners de district directement responsables des activités à l'intérieur de régions désignées, dont les bureaux se trouvent à Campbellton, Moncton et Saint John. En outre, tous les shérifs et shérifs adjoints sont coroners d'office, quoiqu'ils n'agissent pas tous à ce titre au sein du système. Actuellement, 36 employés à temps plein parmi eux sont coroners. Par ailleurs, un certain nombre de coroners non juristes sont nommés et ils travaillent à l'acte pour un traitement purement nominal. Ils représentent un vestige nécessaire de l'ancien système des coroners en place avant 1971, lequel n'employait que des coroners non juristes. Six des 17 coroners non juristes sont médecins, ce qui, avant l'arrivée de pathologistes hautement qualifiés et compétents dans la province, était très avantageux pour le système. Les coroners non juristes continuent à dispenser un excellent service dans leur localité.

... 9

Déclaration

Dans la province, le seul cas où il n'est pas nécessaire d'aviser le coroner est le décès qui survient à la suite d'une maladie pendant que la personne est sous les soins d'un médecin dûment qualifié (sauf si la mort survient : (i) pendant une grossesse ou à cause de celle-ci; (ii) de façon soudaine et inattendue; ou (iii) dans des circonstances qui peuvent nécessiter la tenue d'une investigation). Par contre, la Division des coroners doit examiner tous les décès qui lui sont signalés afin de déterminer dans chacun des cas l'identité de la victime et d'établir où, quand, comment et par quel moyen elle est décédée. Par conséquent, les coroners sont un élément essentiel de l'application des lois car ce sont eux qui, les premiers, déterminent si ces décès sont dus à des causes naturelles, à un accident, à un suicide ou à un homicide.

Pouvoirs d'investigation de la Division des coroners

Aux fins d'investigation, la Division des coroners peut faire appel, au besoin, à la Gendarmerie royale du Canada (notamment au laboratoire médico-légal de Sackville), à un corps de police municipal et à la Patrouille routière du Nouveau-Brunswick, qui ont chacun leur domaine de compétence. En outre, comme certains des décès signalés comportent des éléments de criminalité, l'investigation relève quelquefois tant

... 10

de la police que du coroner et exige par conséquent une étroite collaboration entre les deux. Les coroners peuvent aussi faire appel aux services des pathologistes des laboratoires régionaux, situés à Fredericton, Saint John, Moncton, Campbellton, Bathurst, Edmundston et Woodstock, de même qu'à ceux du toxicologue provincial, qui se trouve à Saint John.

De plus, deux des pathologistes du laboratoire régional de Saint John ont accepté de fournir aux coroners, à partir du 1er janvier 1982, un service de médecine légale centralisé. Ainsi, lorsqu'un décès est classé comme un cas de "type II", nécessitant l'intervention spéciale d'un médecin légiste, il faut maintenant utiliser le service susmentionné. Dans un cas semblable, le cadavre doit être transporté au laboratoire de Saint John pour l'autopsie. S'il y a lieu, le médecin légiste peut aussi aider le coroner ou la police en se rendant sur les lieux du décès. Depuis longtemps, les deux pathologistes qui agissent à titre de médecins légistes manifestent un intérêt marqué pour la médecine légale et ont fait valoir leur compétence comme témoins experts tant au cours des enquêtes que des procès au criminel.

... 11

But de l'investigation

Le but de l'investigation du coroner a évolué au fil des ans. Pendant de nombreuses années, on s'est attaché principalement à rechercher la cause médicale réelle du décès, à l'exclusion de presque tous les autres éléments. Aujourd'hui, l'aspect médical n'est qu'un facteur à considérer parmi bien d'autres. Les causes non médicales d'un décès sont en effet tout aussi importantes et, dans bien des cas, elles obligent à prendre les mesures nécessaires pour améliorer les conditions qui menacent la sécurité publique. Il faut donc quelquefois que le coroner ordonne la tenue d'une enquête même si la cause du décès est connue.

La décision de mener une enquête

Une des décisions les plus difficiles que doit prendre le coroner est de savoir s'il y a lieu ou non de mener une enquête. À l'origine, l'enquête faisait partie des fonctions du coroner dans tous les cas dont il s'occupait. À la longue, cependant, la common law a évolué au point où la décision de mener une enquête a fini par relever uniquement du coroner.

Dans certaines circonstances, un coroner local, le coroner en chef ou le ministre de la Justice peuvent ordonner qu'on enquête sur un décès, ce qui a pour effet d'attirer l'attention de la population sur les nombreuses causes de décès

... 12

par mort violente ou accidentelle. L'enquête est aussi importante du fait qu'elle met l'accent sur des situations où il est possible d'intervenir pour empêcher que des événements semblables ne se reproduisent. À cette fin, les coroners se doivent d'examiner attentivement toutes les circonstances entourant les morts violentes ou accidentelles afin de procéder à une enquête si cela se révèle utile. On s'attend à ce que le jury du coroner fasse des recommandations visant à éviter dans la mesure du possible qu'un décès ne survienne dans des circonstances semblables.

Le coroner en chef doit veiller à communiquer les conclusions et les recommandations du jury aux personnes, organismes et ministères concernés. Il ne peut forcer quelque particulier ou organisme que ce soit à donner suite aux recommandations. Cependant, certaines d'entre elles sont mises en oeuvre d'une façon ou d'une autre, sans doute par crainte des organismes concernés de se retrouver dans une situation fort embarrassante s'il advenait qu'un deuxième décès survienne dans des circonstances semblables et qu'on ait négligé de prendre les mesures voulues pour corriger la situation à l'origine du premier décès.

Résumé

La Division des coroners mène une investigation dans 35 % à 40 % des quelque 5 000 décès qui surviennent chaque année dans la province. Un pourcentage élevé des décès soumis à une

... 13

investigation sont dus à des causes naturelles. Le coroner fait faire une autopsie dans moins de 40 % des cas et ordonne une enquête dans environ 1 % des décès qui font l'objet d'une investigation. Plus de 90 % des investigations sont actuellement menées par des coroners d'office qui travaillent à temps plein pour la Division des shérifs.

Je tiens à remercier tous les organismes d'application de la loi et les organismes connexes pour la collaboration et l'aide qu'ils ont apportées au cours des investigations des coroners. Ce sentiment de gratitude s'étend aussi à tous les coroners, qui ont fait preuve, une fois encore, de beaucoup de dévouement et de professionnalisme dans des circonstances souvent pénibles.

... 14

C. RÉSUMÉ STATISTIQUE DES INVESTIGATIONS MENÉES À LA SUITE DE DÉCÈS

Depuis le 1er janvier 1986, les décès signalés à la Division des coroners et sur lesquels celle-ci doit faire une investigation sont classés dans cinq catégories bien distinctes : les accidents, les suicides, les homicides, les morts naturelles et les décès d'origine inconnue.

La catégorie des "accidents" englobe tous les décès accidentels, y compris ceux impliquant des véhicules à moteur sans qu'il existe d'intention évidente de provoquer la mort de quelqu'un. Ainsi, une personne en état d'ébriété qui cause la mort de quelqu'un dans un accident de la route pourra être accusée de négligence criminelle, mais le coroner parlera tout de même d'accident.

La catégorie des "suicides" englobe tous les cas évidents de suicide.

La catégorie des "homicides" englobe tous les cas évidents d'homicide, sauf si un véhicule à moteur est impliqué et qu'il n'existe aucune intention évidente de provoquer la mort de quelqu'un.

La catégorie des "morts naturelles" englobe tous les décès survenus à la suite d'une maladie ou attribuables à des causes naturelles.

La catégorie des "décès d'origine inconnue" englobe les cas où il est impossible de déterminer s'il s'agit de l'une ou l'autre des quatre catégories décrites ci-dessus. Les coroners se doivent évidemment de tout faire pour n'en arriver à cette conclusion qu'en dernier ressort. Un exemple de cas difficile qui pourrait être classé dans ce groupe serait celui d'une surdose de drogue où il est impossible de décider s'il s'agit d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide.

... 15

Comme l'indique le tableau "A" ci-dessous, le nombre total de décès signalés à la Division des coroners et sur lesquels celle-ci a fait une investigation s'élevait à 1 816 pour l'année, dont 1 448 dus à des causes naturelles.

TABLEAU "A" 1986

Catégorie de décès	Nombre de décès	Autopsies
Accidents	247	168
Suicides	103	55
Homicides	14	14
Morts naturelles	1 449	372
Décès d'origine inconnue	4	4
TOTAL	1 817	613

Le tableau "B" ci-dessous présente des données sur les 247 morts accidentelles survenues durant l'année.

MORTS ACCIDENTELLES - TABLEAU "B" 1986

Cause du décès	Nombre de décès	Autopsies
Accidents de véhicule à moteur	95	58
Accidents de motocyclette	10	5
Accidents de véhicule tous terrains	5	2
Accidents de motoneige	2	0
Accidents de bicyclette	3	0
Piétons morts accidentellement	24	16
Accidents à la ferme	2	1
Accidents du travail	12	12
Incendies	25	20
Accidents d'arme à feu	2	1
Surdoses de drogue	10	8
Pendaisons	2	2
Noyades	24	19
Morts au berceau	5	4
Autres	26	20
TOTAL	247	168

... 16

Le tableau "C" ci-dessous présente des données sur les 103 suicides survenus durant l'année, selon le sexe, l'âge et le comté.

... 17

SUICIDES

TABLEAU "C" 1986

COMTÉ	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		71 et plus		Total (Hommes)	Total (Femmes)	Total par comté	Pourcentage de suicides
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F				
ALBERT					1										1		1	0,97
CARLETON											1	1	1		2	1	3	2,9
CHARLOTTE			1												1		1	0,97
GLOUCESTER	1		3		1	1	5	2	2	1	1				13	4	17	16,5
KENT							1								1		1	0,97
KINGS			2				2								4		4	3,9
MADAWASKA	1		1			2									2	2	4	3,9
NORTHUMBERLAND			1		5			1	2		1		1		10	1	11	10,7
QUEENS		1	2												2	1	3	2,9
RESTIGOUCHE	1		4		1		2				1				9		9	8,7
SAINT JOHN			3		5	1	1			1					9	2	11	10,7
SUNBURY	1			2			2								3	2	5	4,9
VICTORIA			1			1	1		2	1					4	2	6	5,8
WESTMORLAND	1		6		3	2	1		1				1		13	2	15	14,6
YORK	3		3	1			1		3	1					10	2	12	11,7

Le tableau "D" ci-dessous présente des données sur les moyens utilisés, selon l'âge et le sexe de la victime.

SUICIDES

TABLEAU "D" 1986

MOYEN	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		71 et plus		Total (Hommes)	Total (Femmes)	Total partiel	Pourcentage du total
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F				
Arme à feu	6	1	18		11	1	10	2	7		4		3		59	4	63	61,2
Pendaison	1		5		1	1	1		1						9	1	10	9,7
Surdose de drogue	1			3	2	3			1	1					4	7	11	10,7
Empoisonnement au monoxyde de carbone					3		2			1					5	1	6	5,8
Noyade			1			2	2			1	1	1			4	4	8	7,8
Autre			2		1			1		1					3	2	5	4,9
Total	8	1	26	3	18	7	15	3	9	4	5	1	3		84	19	103	
Hommes	8		26		18		15		9		5		3		84			
Femmes	1		3		7		3		4		1					19		
Nombre par groupe d'âge	9		29		25		18		13		6		3					
Pourcentage du total	8,7		28,1		24,3		17,5		12,6		5,8		2,9		81,6	18,5		

Le tableau "E" ci-dessous présente des données comparatives sur les morts accidentelles et violentes survenues de 1976 à 1985.

TABLEAU "E"

1976 à 1985

	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	Moyenne
Accidents de véhicule à moteur	181	166	173	210	180	146	176	108	137	84	156
Accidents de bicyclette	7	4	4	5	7	6	2	3	8	2	5
Piétons morts accidentellement	49	41	55	44	43	40	26	17	27	28	37
Noyades	66	40	30	42	43	37	33	20	26	30	37
Accidents d'avion	2	5	1	5	6	-	1	2	2	-	3
Accidents à la ferme	4	3	5	5	4	4	8	1	3	2	4
Accidents d'arme à feu	-	-	1	4	6	5	1	3	7	4	4
Homicides	17	13	27	10	10	15	13	10	16	15	15
Accidents du travail	13	8	13	14	11	7	10	7	15	12	11
Suicides	61	70	107	90	83	67	91	105	86	83	84
Incendies	31	41	45	27	31	17	16	15	25	27	28
Morts au berceau	20	19	21	19	21	17	9	20	20	13	18
Accidents de motoneige	7	3	11	4	5	2	2	3	2	2	4
Autres	55	41	65	62	79	57	56	33	49	18	52
TOTAL	513	461	558	541	530	419	444	347	423	320	458

... 19

D. RÉSUMÉ DES ENQUÊTES ET RECOMMANDATIONS

ENQUÊTE N° 1

Une enquête a été menée le 20 février à Sussex par suite du décès d'une fillette de 11 ans survenu en octobre 1985 à Big Cove. La victime avait respiré du correcteur "Liquid Paper".

Le jury du coroner a conclu que la fillette avait succombé à un "arrêt cardiaque", dans les circonstances suivantes : "Elle a respiré du correcteur "Liquid Paper" dans un sac de croustilles."

La recommandation du jury, qui a été communiquée au président de la Commission de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance, aux responsables du programme de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues de Big Cove et au conseiller régional du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones, était :

1) "que des dépliants soient distribués aux parents ainsi qu'aux écoles de la région et du Nouveau-Brunswick (et non seulement à celle de Big Cove), pour prévenir les jeunes des dangers, et que des films soient présentés aux écoles et aux groupes communautaires."

... 20

Le président de la Commission de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance a répondu que des dépliants et des films étaient proposés aux jeunes de toutes les écoles du Nouveau-Brunswick au cours de séances d'information régulières, et qu'on continuerait de le faire.

Le conseiller régional du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones a répondu que les sept travailleurs affectés au programme de Big Cove, qui est axé sur la prévention, l'éducation, la consultation personnelle, l'orientation familiale et les ateliers communautaires, contribuaient aussi à l'établissement de groupes d'entraide dans toutes les localités. Il a ajouté que les responsables du programme prévoyaient d'instaurer un cours sur ce sujet dans le système scolaire en 1987-1988.

ENQUÊTE N° 2

Une enquête a été menée le 4 mars à Saint John par suite du décès d'un homme de 53 ans survenu en novembre 1985. La victime, qui travaillait dans une excavation, s'est fait écraser entre deux véhicules après qu'un troisième véhicule eût enfoncé la barrière entourant le chantier.

... 21

Le jury du coroner a conclu que l'homme avait succombé à des "blessures multiples", dans les circonstances suivantes : "Il s'est fait écraser entre deux camions dans un accident de véhicule à moteur."

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées à l'administrateur municipal de Saint John, étaient :

1) "que des feux jaunes plus gros soient installés à l'emplacement de la barrière et qu'on les pose plus haut; et

2) que l'on songe à installer à la place des barrières verticales en croix, éclairées, tous les 8 pieds."

L'administrateur municipal adjoint de Saint John a répondu que le chantier était "largement éclairé, indiqué et barricadé" et que la mise en oeuvre des recommandations 1 et 2 n'aurait pas empêcher l'incident de se produire.

... 22

ENQUÊTE N° 3

Une enquête a été menée le 25 juin à Sussex par suite du décès d'un homme de 36 ans survenu en mars 1986. La victime aidait à réparer un câble électrique souterrain à la mine de potasse de Penobsquis.

Le jury du coroner a conclu que le décès était attribuable à un "choc électrique provoqué par accident", dans les circonstances suivantes : "À cause d'un manque de communication entre son coéquipier, ses collègues de travail et lui-même, l'homme a été électrocuté accidentellement."

Le jury n'a fait aucune recommandation.

ENQUÊTE N° 4

Une enquête a été menée le 4 juillet à Woodstock par suite du décès d'un homme de 54 ans survenu en mai 1986 à Stickney. Il avait été abattu par un agent de la GRC pendant qu'il brutalisait sa femme.

... 23

Le jury du coroner a conclu que l'homme avait succombé à des "blessures à la poitrine et au front provoquées par un coup de feu", dans les circonstances suivantes :
"Daniel Giberson agressait sa femme avec un couteau dans une voiture fermée à clef.' Un agent de la GRC lui a ordonné de lâcher son arme, mais il a continué quand même. L'agent a été forcé d'intervenir, ce qui a entraîné la mort de M. Giberson."

La recommandation du jury, qui a été communiquée au président de la Commission de police du Nouveau-Brunswick et au sous-ministre de la Justice, était :

1) "qu'on raffermisse la loi pour que nos organismes de maintien de l'ordre aient plus de pouvoirs lorsqu'ils ont affaire à des personnes de cette trempe, mesure qui, nous l'espérons, leur permettra de mieux protéger le public."

ENQUÊTE N° 5

Une enquête a été menée le 13 août à Saint John par suite du décès d'un homme de 65 ans survenu en mars 1986 à l'hôpital régional de Saint John. La victime avait été renvoyée de l'hôpital puis réadmise la semaine précédente à l'unité de soins coronariens.

... 24

Le jury du coroner a conclu que l'homme avait succombé à une "embolie pulmonaire terminale à la suite d'un infarctus du myocarde, syndrome de détresse respiratoire chez l'adulte", et qu'il s'agissait d'une "mort naturelle".

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées à l'hôpital régional de Saint John et à la ministre de la Santé et des Services communautaires, étaient :

1) "que le ministère de la Santé et des Services communautaires forme le plus tôt possible, à Saint John, une équipe de recherche sur les maladies cardiorespiratoires composée de médecins spécialistes et autres;

2) qu'on établisse une meilleure communication entre le médecin et le porte-parole de la famille grâce à des entretiens réguliers pendant le séjour du patient à l'hôpital, à la convenance du médecin;

3) que l'on exige un double exemplaire de l'autorisation d'effectuer une autopsie quand on envoie un corps à la morgue; et

4) qu'on vérifie si les avis de décès ont bien été rédigés avant d'accepter le corps à la morgue."

... 25

La ministre de la Santé et des Services communautaires a répondu "qu'on accorderait toute l'attention voulue à ces recommandations et que celles-ci seraient étudiées avec les représentants de l'hôpital concerné pour décider des mesures à prendre." Elle a aussi signalé qu'on tiendrait compte des répercussions éventuelles de telles mesures sur l'ensemble du réseau hospitalier.

Le directeur exécutif de l'hôpital régional de Saint John a répondu que la mauvaise communication entre le médecin et le porte-parole de la famille était la source la plus fréquente de malentendus entre le patient et le médecin. L'hôpital continue de promouvoir une meilleure communication entre eux, mais les exigences du métier et la difficulté d'organiser des entretiens avec le porte-parole de la famille font que les contacts sont loin d'être suffisants. Une copie des recommandations du jury a été distribuée aux médecins de même qu'aux internes et externes de l'hôpital.

En réponse aux recommandations 3 et 4, une étude de la procédure hospitalière a révélé que les problèmes mentionnés ici viennent du fait que des membres inexpérimentés du personnel ne se sont pas conformés à la procédure existante. Par conséquent, on a augmenté la formation en cours d'emploi et le contrôle des formules afin de diminuer les risques que ces problèmes se reproduisent.

... 26

ENQUÊTE N° 6

Une enquête a été menée le 10 septembre à Moncton par suite du décès d'un homme de 26 ans survenu en juin 1986. La victime remplaçait des projecteurs au terrain de balle-molle Kelly de Moncton.

Le jury du coroner a conclu que le décès était attribuable à une "électrocution", dans les circonstances suivantes : "La victime remplaçait des projecteurs, à 70 pieds de hauteur, quand elle a été touchée par une décharge électrique."

La recommandation du jury, qui a été communiquée au directeur des Services d'hygiène et de sécurité de la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail, était :

1) "que l'on coupe le courant avant de procéder au repérage des pannes."

ENQUÊTE N° 7

Une enquête a été menée le 11 septembre à Richibucto par suite du décès d'un homme de 45 ans survenu en juillet 1986 au détachement de Richibucto de la GRC.

... 27

Le jury du coroner a conclu que le décès était attribuable à une "asphyxie causée par la pendaison", dans les circonstances suivantes : "L'homme s'est pendu avec une couverture déchirée."

La recommandation du jury, qui a été communiquée au président de la Commission de police du Nouveau-Brunswick et au sous-ministre de la Justice, était :

1) "que des caméras vidéo soient installées dans la zone des cellules, comme l'a suggéré le caporal Luc Gauthier de la GRC."

ENQUÊTE N° 8

Une enquête a été menée le 30 septembre à Sussex par suite du décès d'un homme de 48 ans survenu en juillet 1986 à Apohaqui. La victime a péri dans un foyer de soins spéciaux au cours d'un incendie.

Le jury du coroner a conclu que le décès était attribuable à "l'inhalation de fumée et à l'intoxication par l'oxyde de carbone", dans les circonstances suivantes : "Un incendie de maison a été déclenché par la foudre."

... 28

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées à la ministre de la Santé et des Services communautaires, étaient :

1) "que les dossiers personnels des pensionnaires de foyers de soins spéciaux soient gardés dans un coffre-fort à l'épreuve du feu;

2) que le service à la famille mette à jour les dossiers antérieurs à 1981; et

3) que les portes menant aux sorties de secours ne soient pas verrouillées."

Le ministère de la Santé et des Services communautaires a répondu que, même si la solution proposée (l'installation d'un coffre-fort à l'épreuve du feu dans chaque foyer de soins spéciaux), pourrait régler le problème qui nous préoccupe ici, il envisage en ce moment un moyen plus viable. Le nom de tous les pensionnaires des foyers de soins spéciaux ainsi que les nom et adresse de leurs plus proches parents seront en effet introduits dans un système informatisé, et les autorités concernées auront accès aux données en tout temps.

... 29

En ce qui concerne les recommandations 2 et 3, le ministère a répondu que les normes de programme à l'intention des exploitants de foyers de soins spéciaux exigaient déjà que les dossiers personnels des pensionnaires soient mis à jour régulièrement et que les "sorties de secours soient dégagées et faciles d'accès".

ENQUÊTE N° 9

Une enquête a été menée le 6 octobre à Moncton par suite du décès d'un homme de 31 ans survenu en août 1986. La victime, qui était à pied, a été heurtée par un véhicule du service de police municipal de Moncton.

Le jury du coroner a conclu que l'homme était décédé après avoir "été frappé par un véhicule à moteur", dans les circonstances suivantes : "Il courait imprudemment et s'est lancé devant un véhicule à moteur en mouvement."

Le jury n'a fait aucune recommandation.

ENQUÊTE N° 10

Une enquête a été menée le 22 octobre à Newcastle par suite du décès d'un adolescent de 17 ans survenu en août 1986 à Strathadam. La victime gisait sur le chemin et s'est fait écraser par une voiture.

... 30

Le jury du coroner a conclu qu'il s'agissait d'un "accident", dans les circonstances suivantes : "La victime a été écrasée par une voiture."

Le jury n'a fait aucune recommandation.

ENQUÊTE N° 11

Une enquête a été menée le 5 novembre à Saint John par suite du décès d'un homme de 43 ans survenu en septembre 1986. La victime était hospitalisée au centre hospitalier Centracare Inc. de Saint John.

Le jury du coroner a conclu que le décès était attribuable à une "asphyxie par aspiration provoquée par une pendaison", dans les circonstances suivantes : "La victime s'est pendue avec un drap à une grille de ventilation ou à une barre."

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au directeur exécutif de Centracare Inc., étaient :

1) "que le système de ventilation soit examiné pour déterminer si on pourrait y installer un meilleur revêtement ou une meilleure grille;

... 31

2) que le service de police soit avisé immédiatement d'un suicide ou d'une tentative de suicide et qu'on conserve toutes les preuves pour qu'elles puissent être examinées par la police; et

3) qu'une personne soit chargée de veiller à ce que les portes de chambres soient verrouillées aux heures réglementaires."

ENQUÊTE N° 12

Une enquête a été menée le 3 décembre à Hampton par suite du décès d'un homme de 30 ans survenu en septembre 1986. La victime réparait une ligne de transport d'énergie à Shampers Bluff, dans le comté de Kings.

Le jury du coroner a conclu que le décès était attribuable à un "choc électrique", dans les circonstances suivantes : "électrocution, par accident, due à la négligence".

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au président de Top Line Utility Ltd., au président de la Commission d'énergie électrique du Nouveau-Brunswick et au directeur des Services d'hygiène et de sécurité de la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail, étaient :

... 32

1) "qu'il fallait imputer la faute d'abord à la victime, qui s'est approchée de la zone sous tension du poteau avant que la mise à la terre temporaire n'ait été effectuée, puis à son surveillant, qui lui a dit que la ligne était hors tension sans vérifier;

2) que, par mesure de sécurité, l'on requiert deux personnes pour vérifier si une ligne de transport d'énergie a été mise hors tension;

3) que la Commission d'énergie électrique du Nouveau-Brunswick impose l'utilisation d'indicateurs pour déterminer si une ligne de transport d'énergie a été mise hors tension; et

4) que le paragraphe 30(10) de la Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail soit clarifié pour savoir qui, exactement, est "l'employé responsable du travail"."